

## Consentimiento informado para resección endoscópica mucosa (REM) del tracto digestivo superior

Nº de historia .....

D/Dª.....de.....años de edad.  
*(nombre y dos apellidos del paciente)*

Con domicilio en .....y DNI nº:.....

D/Dª.....de.....años de edad.  
*(nombre y dos apellidos del representante legal)*

Con domicilio en .....y DNI nº:..... en Calidad

de .....de.....  
*(representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos del paciente)*

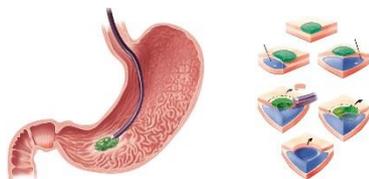
### Declaro

Que el Doctor/a .....  
*(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)*

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a una **RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA (REM) DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.**

- El propósito principal de la técnica consiste en extirpar lesiones premalignas o cánceres superficiales de esófago, estómago o duodeno que se sitúan en la capa más superficial de la pared intestinal, denominada epitelio mucoso.
- He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que esta técnica consiste en pasar un endoscopio flexible a través de la boca con una cámara en su extremo para poder ver la lesión. Entonces, levantar la lesión mediante una inyección en la pared intestinal. Una vez expuesta, extirparla con instrumentos de corte, bien en fragmentos o en un único trozo. A continuación examinarlo al microscopio, para establecer el diagnóstico histológico.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son el tratamiento quirúrgico o la disección endoscópica submucosa. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
- También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO2; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Una vez me haya recuperado por completo de estos síntomas y de los efectos de la sedación y/o anestesia, me darán el alta médica. En el caso de no encontrarme totalmente recuperado, permaneceré ingresado en observación.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables. Efectos indeseables frecuentes pero menos graves y transitorios son: distensión y dolor abdominal, molestias en faringe (garganta). Debido a que el espesor de la pared de los órganos digestivos es muy fina (nos 1,5 -3mm), la REM puede asociarse a complicaciones potencialmente graves, como son la perforación y la hemorragia digestiva. La perforación y/o hemorragia digestiva conllevarán una prolongación del ingreso hospitalario, siendo necesaria en muchas ocasiones nueva intervención endoscópica para intentar su resolución o bien intervención quirúrgica urgente. Ocasionalmente, la hemorragia precisa la transfusión de sangre. Excepcionalmente, como en todo procedimiento endoscópico, pueden producirse arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria o accidente cerebrovascular agudo, siendo extraordinaria la muerte como complicación extrema.

- He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:.....  
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como: .....
- Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos, o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni los esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto **que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.**

Y en tales condiciones.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice una **RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA (REM) DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_